

MINISTERIO DE EDUCAÇÃO E CULTURA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA  
DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

PARTO GEMELAR

AVALIAÇÃO DE 208 CASOS

- IRENE WIGGERS MEDEIROS \*
- ROSE MARIE ROSSA \*

\* DOUTORANDAS DA 11ª. FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE MEDICINA  
DA UFSC. NOVEMBRO/1982.

## SUMÁRIO

*Nota J. B. J.*

	Página
I - RESUMO .....	01 A
II - INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	02
III - MATERIAL E MÉTODOS .....	08
IV - RESULTADOS ESTATÍSTICOS DO ESTUDO SOBRE PARTO GEMELAR .....	10
IV-1 - GENERALIDADES .....	10
IV-2 - PESO DOS RECÉM NASCIDOS GEMELARES .....	11
IV-3 - DIFERENÇA DE PESO ENTRE OS RECÉM NASCIDOS GEMELARES DE UM MESMO PARTO .....	12
IV-4 - ESTUDO DO APGAR DOS RECÉM NASCIDOS GEMELARES .....	13
IV-5 - INTERVALO DE TEMPO ENTRE O NASCIMENTO DE GEMELARES NO PARTO VAGINAL .....	14
IV-6 - APRESENTAÇÃO FETAL NAS GESTAÇÕES GEMELARES .....	15
IV-7 - IDADE MATERNA, GEMELARIDADE E PARIDADE ...	16
IV-8 - COMPLICAÇÕES DO PARTO GEMELAR .....	17
IV-9 - COMPLICAÇÕES NEONATAIS DOS GEMELARES .....	18
IV-10 - SEXO DOS GEMELARES .....	19
IV-11 - PARTO TRIGEMELAR .....	19
V - COMENTÁRIOS .....	20
VI - CONCLUSÃO .....	25 A
VII - SUMMARY .....	26
VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	27

## I - R E S U M O

Neste trabalho, a incidência de parto gemelar encontrada, foi de 1 pra 117 partos únicos e de parto trigemelar, 1 para 10.300.

Foram <sup>levantados</sup> estudados 208 prontuários de partos múltiplos, dentro do período de janeiro de 1975 a dezembro de 1981 na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis, estado de Santa Catarina, sendo que, destes partos gemelares, 44,8% ocorreram antes de 37 semanas de idade gestacional. O baixo peso é evidenciado nos 55% dos RNs que pesaram menos de 2.500 gramas e apenas 14,6% superior a 3.000 gramas. resumo de dados

A natimortalidade dentro do período de permanência hospitalar, foi de 16,58%.

Uma diferença de peso superior a 500 gramas entre os RNs do mesmo parto, ocorrem em 20,8% dos casos.

Em 27,8% dos RNs, foi constatado índice de APGAR do primeiro minuto, inferior a 6.

Nos partos via vaginal, ficou exposto o maior risco que representa o 2º gemelar; ele apresentou um índice maior de mortalidade, média de APGAR menor que o primeiro, bem como maior incidência de complicações durante o trabalho de parto e neo-natais. O intervalo de tempo decorrido entre o nascimento dos gemelares de parto vaginal, surgiu como fator de influência no índice de APAGR dos RNs. Não se encontrou estas discrepâncias acima, nos partos operatórios.

É variada as combinações de apresentação fetal na gestação múltipla e a mais frequente encontrada neste trabalho, foi a de ambos os fetos com apresentação cefálica (45,3%).

A complicação mais incidente do trabalho de parto gemelar foi o tocotraumatismo e a neonatal imediata a síndrome de depressão respiratória.

Em 69,7% dos partos, os recém-nascidos de um mesmo parto foram de sexo semelhante, com os restantes 30,3% de sexos diferentes.

*isto faz  
a conclusão*

## II - INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O parto único constitui risco de vida para o feto e para a mãe sendo que o parto gemelar aumenta este risco, principalmente para os fetos. Este foi um dos motivos de nosso estudo parto gemelar. A nossa permanência durante o estágio na sala de parto mostrou que muitos recém nascidos deprimidos quando de parto único e interrogamos como seria em parto gemelar uma vez que não ocorreu nenhum durante este período. Gostaríamos de saber a influência da hereditariedade na incidência de gestações gemelares, mas infelizmente este dado não foi possível estudar por motivos descritos em seguida.

Além dos motivos acima, não há estudo similar em nossa região e a literatura é pobre sobre este assunto. Prevíamos alta taxa de prematuridade, de baixo peso, e consequente de óbitos como achados predominantes e o maior risco para o segundo gemelar em partos vaginais principalmente também era esperado.

Prenhez gemelar, por definição, é a presença de dois fetos, podendo ser fraternos ou verdadeiros. Os fraternos são dizigóticos e os verdadeiros são monozigóticos.

A incidência de gemelaridade, encontra-se atualmente em torno de 9‰ no mundo ocidental (11). Entre os caucasianos é de cerca de dez a doze por mil nascimentos, no Japão é consideravelmente menor, de 6,4 por mil nascimentos (08), enquanto que encontra-se na Nigéria a taxa mais alta, de 35 a 40 gestações gemelares cada mil (08, 12). Essa variação da gemelaridade, deve-se as diferenças de médias nas gestações dizigóticas, uma vez que as médias de gêmeos monozigóticos é praticamente constante em todo mundo (08).

A taxa de gêmeos dizigóticos, é influenciada por diversos fatores: aumenta com o aumento da idade materna e da paridade e cre-se também que esta taxa aumente nas mulheres ' mais férteis (Mac-Gillivray, Nylander e Corney, 1975). (08). De um estudo sobre trinta e sete casos de gestações gemelares, na França, obteve-se o resultado de que os indutores de ovulação, sobretudo o HMG, associados ao HCG, são os principais responsáveis pelas gestações múltiplas. Estes autores recomendam a máxima cautela e maior precaução no uso médico deste tipo de medicação as suas pacientes (10).

Embora as gestações múltiplas formem uma pequena proporção do total de nascimentos, contribuem significativamente para a mortalidade perinatal, sendo isto mais evidenciado naquelas populações onde existe uma incidência maior de gemelaridade (08).

Enquanto todos os registros concordam que existe uma mortalidade mais elevada nas gestações gemelares, comparadas com as únicas, as taxas variam largamente de 9,2% (Little e Friedman, 1958) a 28,1% (Munnell e Taylor, 1946). Os gemelares não estão somente em risco de morte perinatal, porém parecem também mais propensos a apresentar deficiências (08, 11).

Muitos fatores desempenham um papel na determinação dos riscos dos gêmeos. Estes incluem, particularmente, a frequência do trabalho de parto prematuro e retardo do crescimento intra uterino (02, 04, 07, 08, 10, 11, 14) bem como da grande incidência de complicações durante a gestação, destacando-se a pré-eclampsia, descolamento prematuro de placenta, toxemia, anemia, prolapso de cordão, hidrânio, anóxia, síndrome de dificuldade respiratória, malformações e hipogalactia (07).

A prematuridade é a mais temida complicação da gravidez múltipla, não só pela frequência, mas também por representar a causa mais importante da elevada mortalidade perinatal (Little e Friedmann, 1958; Brinquet, 1970; Scholtes, 1973; Minogue, 1974 e Kauppila e col., 1975). Para se ter uma idéia da magnitude do problema, lembraríamos a afirmação de Zoltan em 1974: "a prematuridade na gestação gemelar é três a quatro vezes maior e representa 12% de todos os "prematuros" (07).

O determinismo da prematuridade na gravidez múltipla é também muito discutido, apontando-se a excessiva distensibilidade do miométrico como uma das causas relevantes (Briquet, 1970).

Vários autores estudaram a duração da gravidez múltipla, tendo Guttmacher e Kohl em 1958, assinalado que, em geral, o trabalho de parto se desencadeia no mínimo três semanas antes da data provável (07).

Não basta a prematuridade, o recém nascido tem contra si também o baixo peso. Salienta-se que esta verificação não é somente resultante do parto espontaneamente antecipado, mas inerente ao recém nascido de gravidez múltipla. A literatura consultada é unânime em enfatizar o baixo peso para a idade gestacional (01, 02, 04, 07, 08, 10, 11, 14, 15, 16).

Nahoum, 1974, relata que no John Hoppkins Hospital, na prenhez única, a média dos conceptos pesou 3.350 g, enquanto que na gemelar, a média foi de 2.649 g. Cita os cálculos de Stehle nos quais os gêmeos, quando comparados aos recém-nascidos de prenhez única, da mesma idade gestacional, evidenciam diferença para menos de 536 g. no peso e de 2 cm na estatura (07).

*Fonte?*

A mortalidade perinatal elevada, num grande estudo norte americano, teve uma taxa de 139 : 1000 nascimentos de gêmeos, contra 33 : 1000 em partos únicos. Dezesesseis por cento das mortes gemelares ocorreram por líquido amniótico infectado, onze por cento por rutura prematura de membranas, oito por cento por síndrome de transfusão gemelar, oito por cento por grandes infartos placentários, sete por cento por anomalias congênitas e o restante por outras aproximadamente 20 alterações (01).

Embora não exista unanimidade, parece haver uma certa evidência de que o prognóstico para o segundo gemelar é menos favorável do que para o primeiro (01, 02, 03, 08, 10).

A perda gemelar é pelo menos três vezes maior que nas gestações únicas e deve-se principalmente à morte neo-natal (08, 11). Os perigos a que se expõe os dois bebês são diferentes. O maior risco do primeiro bebê, por exemplo, é o prolapso de cordão, enquanto que para o segundo bebê, a má apresentação parece ser a mais propensa à acarretar problemas (01, 08). O risco, entretanto, pode não se dever necessariamente a manipulações operatórias para o segundo bebê, porém mais a hipóxia associada a apresentação anômala, circulação placentária reduzida e, algumas vezes, descolamento placentário (01, 03, 08). Os índices de APGAR do segundo gemelar são mais baixos em comparação ao primeiro, particularmente quando o parto se dá por extração pélvica completa ou versão e extração. O retardo no parto do segundo bebê, acresce riscos consideráveis, (08).

*Fonte?* Um registro mais recente (Shernan e Lowe, 1970) confirmou que a mortalidade perinatal para o último bebê a nascer, foi 50% mais alta que para o primeiro. A incidência de natimortos para o segundo gemelar é praticamente a mesma que



para o primeiro, porém seu índice de mortalidade neo natal é duas vezes mais elevado, segundo Little e Friedman em 1970 (08).

O intervalo de parto entre o primeiro e o segundo gemelar e, em geral, de 20 minutos no máximo. Wood e Pinkerton, em 1976, descobriram que a atividade uterina continua imediatamente após o parto do primeiro gemelar, a despeito da alteração súbita e grande do volume uterino. Entretanto, isto nem sempre acontece e é comum que se advogue (Greenhill, 1955), que se deva aguardar uma hora antes de se efetuar a ruptura das membranas e, neste caso, o trabalho de parto então torna-se em verdade muito prolongado (08). O segundo gemelar também está sujeito a maiores necessidades de intervenção operatória e a versão interna ou extração pélvica também são mais comuns para o segundo bebê (03, 08).

Se a gestação gemelar não foi diagnosticada e a prática comum de administrar syntometrina ou ergometrina (com o ombro anterior), tiver sido realizada, então o segundo gêmeo corre grave risco, não somente tendo em vista as dificuldades possíveis do parto, mas também porque o útero contrairá e o fluxo sanguíneo placentário estará gravemente prejudicado (08).

O partos instrumentais ou manipulativos e a operação cesariana são frequentemente necessários nos partos gemelares, tendo em vista as apresentações e posições anômalas. Menos de metade dos bebês se apresenta de vértice. Existem muitas combinações de apresentações e posições e está evidenciado que algumas dessas formas de posições anômalas, tanto de nádegas como transversa, de um ou outro e até mesmo de ambos os bebês, ocorrerão em mais da metade das gestações gemelares (08).

Com relação as atitudes obstétricas diante

de uma gestação gemelar, existe pouca variação em toda literatura pesquisada. A maioria concorda em que um diagnóstico precoce é de bastante valia para uma conduta apropriada quanto a necessidade de um repouso maior da gestante e uma constante observação da evolução fetal, embora não nos sirva de arma para evitar com segurança o desencadeamento de trabalho de parto prematuro' (02, 10, 11). A cerclagem uterina revelou-se mais nociva que útil, na grande maioria dos casos em que foi utilizada (10, 11). Sobre o controle do retardo de crescimento intra-uterino, um estudo francês de 576 casos, recomenda a observação fetal constante através de ecografia e dosagens estudadas de hormônio regularmente (11).

Sobre as indicações de intervenção cesárea ' numa gestação gemelar, encontramos duas condutas diferentes em dois importantes trabalhos franceses, devidamente respaldadas ' nos resultados das pesquisas científicas realizadas por esses autores: segundo Chevrant-Breton, Mention e Toulouse, em seu acurado estudo de 37 casos nas maternidades de Angers, Brest, ' Caen, Nantes, Pitié-Salpêtrière, Poitiers, Tours e Rennes, em 1980, a cesárea é indicação de princípio, quando a gestação atinge a idade de 34 a 35 semanas, evitando-se então um sofrimento fetal de sequelas neurológicas decorrentes de um trabalho de parto que seria pesado para nascituros hipotróficos (10). A segunda conduta, também preconizada por autores franceses <sup>frank</sup> e realizada em oito clínicas e maternidades francesas, indica a cesárea' nos casos restritos de retardo de crescimento intra-uterino, parto prematuro entre a 31ª e 33ª semanas de amenorréia e apresentação transversal do segundo gêmeo que não se consegue verticalizar através de manobras obstétricas manuais (11).

### III - MATERIAL E MÉTODO

A elaboração deste trabalho, foi feita a partir de dados constantes de duzentos e sessenta e três prontuários médicos, do arquivo da Maternidade Carmela Dutra, de Florianópolis, SC, abrangendo o período entre janeiro de 1975 a dezembro de 1981. Este número de prontuários, corresponde aos partos gemelares ocorridos durante essa época, no citado hospital, dentre um total de trinta mil novecentos e trinta e nove partos.

Destes duzentos e sessenta e três prontuários, foram selecionados duzentos e oito, viáveis para a realização desta pesquisa.

A seleção dos prontuários utilizados, foi feita levando-se em conta as informações neles contida, uma vez que numa grande parte dessa documentação, a falta de dados básicos impossibilitou a computação de inúmeros casos em nossa casuística, bem como dificultou e restringiu consideravelmente este trabalho.

Também houve a necessidade de cancelarmos do protocolo inicial, a coleta de dados como informações sobre a gestação, histórico de gemelaridade familiar e número de placentas e bolsas, já que estas informações foram encontradas tão raramente, que tornou seu número desprezível em termos estatísticos.

Assim sendo, ativemo-nos aos itens como idade materna, peso dos recém-natos, sexo, APGAR, apresentação fetal, tipo de parto e possíveis complicações, bem como problemas neonatais.

Nas complicações de parto, foram encontradas

ocorrências como descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, uso de fórceps, diferença de atitude obstétrica num mesmo parto (primeiro feto por via vaginal e o segundo por cesárea), prolapso de cordão e/ou membros.

Os problemas neonatais também foram pesquisados, desde a síndrome de dificuldade respiratória, até má formações, tocotraumatismos e outros, relatados especificamente na exposição do trabalho.

Na estatística que se segue, consideramos como parâmetro de abortamento, (segundo a literatura consultada), a idade gestacional de até 20 semanas de gestação; parto prematuro, de vinte semanas e um dia a 36 semanas e seis dias; parto a termo, de 37 a 42 semanas e após este prazo é considerado como parto pós-termo, segundo Camano e seus colaboradores (07). Segundo Marcondes, consideramos o recém-nascido a termo hipotrófico, aquele que, com idade gestacional acima de 37 semanas, pesou menos que 2.500 gramas (16).

Como não existe termo adequado para o período de permanência hospitalar dos RNs no pós parto, usamos como correspondente, período neonatal imediato.

IV - RESULTADOS ESTATÍSTICOS DO ESTUDO SOBRE PARTO GEMELARIV.1 - Generalidades.

Parto Gemelar foi objeto de nosso estudo retrospectivo de 7 anos na maternidade Carmela Dutra de Florianópolis.

A incidência de parto gemelar foi de 1 para cada 117 partos únicos num total de 263 partos gemelares em 30.939 partos. Seleccionados 208 prontuários de partos gemelares, para nosso estudo, ocorridos em 7 anos. Destes, 136 partos foram vaginais (65,3%), e 70 operatórios (31%). Ocorreram partos em que o 1º gemelar nasceu por via vaginal e o 2º por via abdominal.

A incidência de gestação gemelar foi pequena em mulheres da raça negra, apenas 7 em 208 gestações gemelares dando em percentual de 0,34%. Os óbitos, considerado os natimortos e falecimentos no período de permanência hospitalar, foram de 16,5%.

TABELA Nº 1 - Relação entre idade Gestacional (IG) em semanas com o número de partos e com os óbitos durante período de permanência hospitalar e natimortalidade.

*de 5 defeitos*

Quantidade IG em semanas	Nº de Partos	Óbitos		
		1º gemelar	2º gemelar	T
20 — 21	2	2	2	4
22 — 23	2	2	2	4
24 — 25	4	4	4	8
26 — 27	3	2	2	4
28 — 29	3	3	3	6
30 — 31	10	4	3	7
32 — 33	14	1	2	3
34 — 36	34	2	3	5
+ de 37	85	3	4	7
Desconhecidos	48	10	10	20
TOTAL:	205	33	35	68

Dos 48 partos com idade gestacional desconhecida, 29 dos RNs tinham carac-

terísticas evidentes de terem mais de 37 semanas e, 19 de ter me-  
nos. Levando este dado em consideração, 44,8% dos RNs são pre-  
maturos.

#### IV.2 - Peso dos Recém nascidos Gemelares.

O peso dos RNs gemelares é, na maioria, baixo para a idade ges-  
tacional como veremos a seguir em 377 RN de peso conhecido no  
nosso estudo.

TABELA Nº 2 - Número de RNs e seu peso ao nascer.

Quantidade Peso em gramas	Nº de nascimentos	%
—   500	4	1,03
501 — 1000	20	5,3
1001 — 1500	21	5,5
1501 — 2000	46	12,2
2001 — 2500	121	32,09
2501 — 3000	114	30,2
3001   —	51	14,6
TOTAL:	377	

Observamos na tabela acima que 55% dos RNs em qualquer idade ges-  
tacional pesaram menos de 2.500 gramas.

A média aritmética do peso do 1º gemelar foi de 2.346 gramas e  
do 2º gemelar foi 2.297 gramas.

TABELA Nº 3 - Número de RNs gemelares com IG de 37 semanas ou mais e seu peso ao nascer.

Quantidade peso ao nascer	Nº de RN gemelares	%
—   2500	85	38,9
2501 — 3000	90	41,2
3000   —	43	19,7
TOTAL:	218	

Dos RNs a termo 38,9% pesaram menos de 2.500 gramas.

IV.3 - Diferença de peso entre os RNs gemelares do mesmo parto.

Foi variadíssima a diferença de peso porém somente relacionamos aqueles cuja diferença foi superior a 500 gramas. Por falta de informações nos prontuários não podemos caracterizar a existência máxima encontrada entre RN de um mesmo parto foi de 1730 gramas.

TABELA Nº 4 - Diferença de peso entre RNs em 158 partos gemelares.

Quantidade Diferença de peso em gramas	Nº de Partos
500 — 600	4
601 — 700	8
701 — 800	5
801 — 900	4
901 — 1000	5
+ de 1000	7
TOTAL:	33

103  
outros

Dos 158 partos onde se conhecia o peso de ambos os gemelares em 20,8% a diferença entre si era superior a 500 gramas.

#### IV.4 - Estudo do índice de Apgar dos RNs Gemelares.

Estudamos os partos vaginais e operatório em que o índice de Apgar de ambos os RNs era possível determinar.

TABELA Nº 5 - Número de RN e seu índice de Apgar no primeiro minuto (1') e o número de natimortos.

Índice de Apgar	Quantidade	Nº de RN Gemelares		S	%
		1º gemelar	2º gemelar	T	
1 - 3		20	27	47	12,7
4 - 6		26	26	52	14,1
7 - 10		126	113	239	64,9
natimortos		14	16	30	8,1
TOTAL:		184	184	368	

Percebemos acima que o número de 2º gemelar com índice de Apgar abaixo de 3 é consideravelmente maior que o 1º gemelar.

Dos 368 RN, 99 tiveram índice de Apgar menor que 6 correspondendo a 27,8% sem englobar os natimortos.

Veremos a seguir o índice de Apgar dos RNs de 123 partos vaginais gemelares em que tínhamos a informação de ambos.

TABELA Nº 6 - Número de partos vaginais e o seu índice de Apgar

...



Quantidade	Nº de Partos	%
Indice Apgar dos RNs		
Indice de Apgar de ambos iguais	57	46,3
Indice do 1º maior que o 2º	45	36,5
Indice do 1º menor que o 2º	21	17,0
TOTAL:	123	

Notamos acima que o 1º gemelar em 36,5% tem índice de Apgar maior que o segundo e o inverso ocorre em apenas 17%. Esta proporção não existiu nos partos operatórios.

#### IV.5 - Intervalo de tempo entre o nascimento dos gemelares de Parto Vaginal.

O intervalo de tempo dos RNs do mesmo parto vaginal foi objeto de comparação com o Índice de Apgar.

TABELA Nº 7 - Relação entre a média do Índice de Apgar de 1' e o intervalo do nascimento dos RNs.

Intervalo do nascimento	Média do Apgar de 1'	
	1º gemelar	2º gemelar
— 5'	6,8	6,4
6'  — 10'	8,2	7,1
11'  — 15'	7,6	5
16'  —	7,4	5

A média aritmética do índice de Apgar do 2º gemelar é menor em todos os intervalos de tempo e é maior em ambos os gemelares aos 10 minutos.

Em 61% dos partos vaginais o intervalo de tempo foi de até 5 minutos 22,3%, de 10 e o restante 16,3% acima de 15 minutos.

#### IV.6 - Apresentação Fetal nas Gestações Gemelares.

Obedece a inúmeras combinações que estão expostas abaixo.

TABELA Nº 8 - Relação entre o número de gestações e apresentação fetal.

Quantidade Apresentação	Nº de Gestações	%
Ambos cefálicos	73	45,3
Um cefálico e um pélvico	60	37,2
Ambos pélvicos	19	11,8
Um cefálico e um côrmico	4	2,48
Um pélvico e um côrmico	2	1,24
Um cefálico e um pelvipodálico	2	1,24
Ambos côrmicos	1	0,62
TOTAL:	161	

Dos 161 partos em que obtivemos a apresentação dos dois RNs, em 45,3% ambos eram cefálicos, sendo esta a mais frequente combinação encontrada.

TABELA Nº 9 - Número de partos em que um dos fetos teve apresentação pélvica e outro cefálica e a ordem de nascimento.

*de interesse*

Ordem de nascimento	Quantidade	Nº de Partos	%
1º cefálico 2º pélvico		47	78,3
1º pélvico 2º cefálico		13	21,9
TOTAL:		60	

Nos casos, em que um dos fetos tem apresentação cefálica e outro pélvica, em 78,3% o cefálico nasce primeiro.

IV.7 - Idade Materna, Gemelaridade e Paridade.

Estas três variáveis relacionamos abaixo.

TABELA Nº 10 - Relação entre a idade materna, incidência de partos gemelares e a paridade da mãe.

Idade Materna	Nº de Partos		
	Primipara	Multipara	Total
—  17 anos	2		2
17 — 20	9	11	20
21 — 23	20	21	41
24 — 26	7	28	35
27 — 29	3	30	33
30 — 32	3	21	24
33 — 35	1	15	16
36 — 38	2	15	17
39 — 41		8	8
42 —		3	3
TOAL:	47	152	199

Em Nulíparas a idade em que incidiram mais gestações gemelares foi de 21 a 23 anos, enquanto que a múltípara, nas idades de 27 a 29 anos, como está exposto na Tabela 10.

#### IV.8 - Complicações do Parto Gemelar.

TABELA N° 11 - Complicações em 205 partos encontradas no 1º gemelar e/ou no 2º.

Complicações.	Quantidade		S	%
	1º gemelar	2º gemelar	T	
Tocotraumatismo fetal	2	10	12	2,9
Versão interna		5	5	1,2
Extração fetal		4	4	0,97
Uso de fórceps	2	2	4	0,97
Circular de cordão	3	1	4	0,97
Sufrimento fetal Agudo	2	3	5	1,2
Manobras p/retirada do feto	2	2	4	0,97
Prolapso de cordão e membro	2		2	0,48
Nó real de cordão	1	1	2	0,48
TOTAL:	15	27	42	10,9

O 2º gemelar foi acentuadamente mais atingido que o primeiro. Das complicações acima, apenas um prolapso de cordão e de membro ocorrido no 1º gemelar e um sofrimento fetal do 1º gemelar foram em partos operatórios.

Como ocorrências não registradas na Tabela nº 11, citamos 3 descolamentos prematuros de placentas com natimortalidade dos 6

fetos, um encarceramento de placenta e uma placenta prévia sem especificação do número de placentas existentes e 2 polidrâmnios atingindo os dois fetos.

Em 6 partos vaginais foi feito uso de anestesia geral, peridural ou raquianestesia na mãe para retirada dos fetos. Destes, 3 para o 2º gemelar apenas. Não foi especificado a causa do uso da anestesia.

#### IV.9 - Complicações Neonatais Imediatas.

A seguir exporemos os problemas dos RNs gemelares.

TABELA Nº 12 - Relação entre os problemas apresentados pelos RNs no período de permanência hospitalar e o nº de gemelares em 205 partos, exceto os óbitos.

Problemas Neonatais	Nº de Gemelares		1º		2º		Total	%
	Vaginal	Operat.	Vag.	Opert.				
SDR Leve	14	9	21	14	58	14,1		
SDR moderada	7		8	1	16	3,8		
SDR Severa	6		5		11	2,6		
DNN Moderada	6	2	6	2	16	3,8		
DNN Severa	3	3	5	4	15	3,6		
Icterícia	7	9	8	6	30	7,9		
Infecção	7	4	2	1	14	3,4		
SALA		1		3	4	0,97		
Má-formações	3	2		3	8	1,95		
SALAM	2		2		4	0,97		
Eritroblastose fetal		1		1	2	0,48		
Crise convulsiva		1			1	0,24		
Hidrocele		1			1	0,48		
Tremor de ação	1				1	0,24		
Doença hemorrágica do RN				1	1	0,24		

Observação: SDR significa Síndrome de depressão respiratória.

DNN significa depressão neonatal

7  
7  
182

SALA é igual à síndrome de aspiração do líquido amniótico.

SALAM é igual a Síndrome de aspiração Amniótico meconial.

#### IV.10 - Sexo dos Gemelares.

Em 172 partos em que o sexo de ambos os RNs era, conhecido tivemos o resultado abaixo:

TABELA Nº 13 - Partos com o número de RNs do mesmo sexo e de sexos diferentes.

Sexo dos RNs \ Quantidade	Nº de Partos	%
Do mesmo sexo	120	69,7
De sexo diferente	52	30,3
TOTAL:	172	

Não havia predominância significativa de sexo. De 344 RNs, 179 eram do sexo masculino e 165 do sexo feminino.

#### IV.11 - Partos Trigêmeles.

Nos 7 anos, espaço de tempo pesquisado sobre gestações Gemelares, ocorreram 3 partos trigêmeles. Isto corresponde a 1 para cada 10.300 partos únicos, aproximadamente.

Todos porém prematuros com idade gestacional de 32 semanas a 36 semanas e 5 dias. Dos 9 RNs, 2 tiveram óbito na maternidade, 2 apresentaram SDR moderada e um sofreu Tocotrumatismo e infecção não especificados.

O peso variou de 1.120 gramas a 1.540 gramas.

Como a amostra de partos trigêmeles é pequena não nos ativemos ao estudo detalhado dos mesmos.

## V - COMENTÁRIOS.

Em nosso estudo a incidência de gestação gemelar foi de 8,5% gestações únicas. Dado este aproximado aos outros Países do Ocidente e Países Cãucos em que varia de 7,2 a 12%. (02, 11). Na raça negra ocorreu 0,34% dos partos gemelares enquanto que na Nigéria ocorre 35% (08, 12). Não foram registrados em outras raças na pesquisa feita. A variação observada nos diversos países é de gêmeos dizigóticos uma vez que os monozigóticos tem incidência igual em todo o mundo (03).

O parto prematuro apresentou-se em 44,8% das gestações e como causa relevante parece ser a excessiva distensibilidade do miométrio. (Briquet, 1970). Na literatura consultada há variação de 30% a 47% (07).

A mortalidade, entre ~~obitos~~ óbitos neonatais imediatos e natimortos, chegou a 16,58%. A maior contribuição para esta taxa é indubitavelmente a frequência alta de parto prematuro e o baixo peso ao nascer; (02, 04, 07, 08, 10, 11, 14). As taxas de mortalidade variam, na revisão bibliográfica, de 9,2%. (Little e Friechmann, 1958) a 28,1% (Munnell, Taylor, 1946) (08). Os óbitos perinatais dos gemelares aumentam significativamente a taxa de mortalidade geral (08).

A média aritmética do peso do 1º gemelar e do 2º gemelar variou 50 gramas o que é não significativa. A média do peso dos RNs foi de 2.321 gramas. No estudo de revisão a média variou de 2.126 a 2.649 gramas, enquanto que para os partos únicos foi de 3.350 gramas, (Nahounn, 1974) (07).

Em 14,6% dos casos os RNs gemelares pesaram mais de 3.000 gramas. Camano e colaboradores, em 1981, obtiveram 6,8% (07). Como não foi possível conhecer o pe-

*aqui está o todo  
1ob 5 → 8,1% natimortos!*

so dos natimortos em nosso estudo, e estes incidem mais em prematuros provavelmente de baixo peso, a taxa de RNs com mais de 3.000 gramas deve ser menor.

De todos os RNs, 55% pesaram menos de 2.500 gramas. A variação da percentagem foi de 44,5% (Danielson, 1960) a 71,9% (Camano e colaboradores, 1981) segundo 27 trabalhos de diversos autores (02, 07). Entre os RNs a termo, chegou a 38,9% a ocorrência de hipotróficos. Estes dados colaboraram para a mortalidade dos RNs, gemelares. O baixo peso deverá ser por falta de espaço intra-útero, falta de oferta de nutriente e transfusão sanguínea de uma feto para outro.

A diferença de peso entre os gemelares do mesmo parto foi computado quando superior a 500 gramas e apresentou-se em 20,8%. Na ausência de informação nos prontuários sobre a síndrome de transfusão placentária não podemos caracterizá-la e comparar ao estudo de revisão. Em muitos casos, porém, nos parece óbvio principalmente nos 12 casos com diferença superior a 900 gramas.

O intervalo do nascimento entre gemelares de parto vaginal comparada a média do índice de Apgar não tem estudo semelhante. Observamos que quanto menor o intervalo, menor também a diferença da média do índice de Apgar entre os RNs. Porém a média dos dois gemelares é significativamente maior no intervalo de 10 minutos. Nos surpreende o fato de ambos terem média do índice de Apgar maior. Prevíamos apenas para o segundo, que quando nasce logo em seguida ao 1º deve sofrer diminuição de do fluxo sanguíneo pela contratilidade uterina no período expulsivo. Provavelmente há algum fator desconhecido, intrínseco ao parto, que faz com que, quando o parto ocorre com intervalo de até 5 minutos, também o primeiro já foi acometido. Quando o in

bsi  
mas  
verdade



tervalo foi de 15 minutos ou mais a média do índice de Apgar do 2º gemelar foi consideravelmente menor que o primeiro.

O 2º RN corre mais risco que o primeiro. A média aritmética do índice de Apgar é menor, os problemas neonatais imediatos acometem mais o 2º gemelar como também as complicações do parto são mais frequentes. A maioria dos autores consultados concordam com o exposto acima (01, 02, 03, 08, 10). Segundo dois autores (Scherman e Loure, 1970) a mortalidade perinatal para o último bebê a nascer é 50% mais alta (08) e ~~no nos~~ so estudo foi apenas de 2%. Os riscos aumentados para o último bebê a nascer são consequentes na maioria a apresentações anômalas que favorecem a anóxia e ao uso de manobras para retirada do feto como versão interna extração pélvica e a utilização dos fórceps (01, 03, 08).

A apresentações dos fetos nas gestações gemelares obedece a combinações variadas, e em mais de 50% são anormais. A mais frequente, 45,3% os dois bebês são cefálicos. Gu-Emacher e Koh em 1958, descreveram as variações de apresentação nas gestações gemelares cujos dados se aproximam bastante de nossos achados (08). A apresentações anômalas favorecem a complicações no parto e neonatais principalmente do 2º gemelar (01, 03, 08).

Nos casos em que um feto tem apresentação cefálica e outro pélvica, 78,3% o primeiro a nascer é o cefálico. Nos parece lógico este dado, uma vez que a cabeça do é mais de encaixar-se na pelvis da mãe e ser a apresentação mais fisiológica favorecendo o seu movimento.

A gestação gemelar tem um pico de incidência em nulíparas nas idades de 20 a 24 anos e em multípara de 24 a 30 anos. O total de partos em multípara é 3 vezes maior que a nulípara, porém, é evidente que o número existente de gestações

em múltíparas é maior. Lous Kerth, 1975, encontrou no seu estudo um pico nas nulíparas entre 15 a 20 anos e em múltíparas de 30 a 40 anos com + de 5 gestações (02).

O número de partos vaginais superou em 2 vezes os partos operatórios. Considerado esta informação, as complicações do parto ainda ocorrem mais em parto vaginal. Os achados mais frequentes, como tocotraumatismo, versão interna, extração fetal, uso de fórceps, manobras para retirada do feto, são consequentes, na maior parte, de apresentações anômalas e ocorrem mais no 2º gemelar. Outras ocorrências como prolapso de cordão e membros, DPP, placenta prévia, polidramnio, anóxia que segundo Camano e Colaboradores, 1981, aparecem mais frequentemente em gestações gemelares (07). Assim sendo, o parto operatório oferece menos complicações durante o mesmo, principalmente ao 2º bebê a nascer, que o parto gemelar.

No período neonatal imediato os problemas dos RNs de parto vaginal e operatório proporcionalmente diferiram pouco.

Dos bebês gemelares 20,5% apresentaram algum grau de depressão respiratória, complicação neonatal imediata mais encontrada. A prematuridade é acentuada consequentemente a imaturidade pulmonar também isto justifica a alta ocorrência de SDR. Louis Heith, 1975, afirma que a SDR é maior causa de óbito dos RNs de parto gemelar (02). Em 2º lugar de frequência esta a DNN que provavelmente é consequente a SDR ou a anóxia fetal no trabalho de parto, uma vez que as apresentações anômalas favorecem a anóxia. A seguir aparece a ictéria rotulada de fisiológica. A infecção toma o 4º lugar em frequência de complicações neonatais, isto se deve na maioria das vezes por rutura precoce das bolsas, comum em gestações gemelares (01). Na tabela número 12, as complicações neonatais imediatas deve

ser interpretados como o total de problemas surgidos e não os RNs acometidos, isto porque muitos tiveram mais de um problema.

Não há predominância significativa de sexo nas gestações gemelares. Em nosso estudo de 344 RNs, 179 eram do sexo masculino e 165 femininos. No trabalho de Louis Keith e Colaboradores, 1975, encontrou 555 masculinos e 612 femininos (02). Em 172 partos em que se conhecia o sexo de ambos os gemelares, 120 tinham o mesmo sexo e, 52 sexos diferentes. Porém, não foi possível determinar se eram uni ou bivitelinos uma vez que para isso é necessário estudo cromossômico dos RNs.

O parto trigemelar incidiu em 1 para cada 10.000 partos únicos. Não foi feito estudo mais detalhado porque a amostragem é pequena.

## VI - CONCLUSÃO

O parto e a gestação gemelar, considerados como grande risco, dado a alta incidência de RNs prematuros e de baixo peso, além da alta taxa de óbitos perinatais e maior incidência de combinações maternas.

O parto operatório oferece menos riscos aos RNs, principalmente para o segundo gêmeo. A incidência de complicações no parto vaginal é significativamente maior que a encontrada no parto operatório. *por seu decaimento*

O problema neonatal (corresponde ao período de permanência hospitalar), mais encontrado, foi a síndrome de dificuldade respiratória, conseqüente provavelmente a alto índice de prematuridade, com evidente imaturidade pulmonar.

O segundo gêmeo corre maior risco de vida, comparado ao primeiro. A média de APGAR é menor para o segundo, bem como este está mais sujeito as complicações tanto de parto como neonatais.

Foram encontradas as mais variadas combinações de apresentação fetal, tendo sido mais freqüente que ambos os fetos se apresentassem cefálicos. A seguir, em ordem de frequência, a apresentação de um feto cefálico e outro pélvico, havendo então uma incidência de 78,3% de casos em que o feto de apresentação cefálica nasce primeiro.

Em 20,8% dos partos gemelares de nossa estatística, os RNs de um parto apresentaram uma diferença de peso de 500 gramas ou mais.

O intervalo de tempo de nascimento entre os gêmeos do mesmo parto vaginal, influencia indubitavelmente no APGAR dos RNs. Quanto menor o intervalo de tempo, menor a dife-

rença do APGAR do primeiro em relação ao segundo nascido, porém a média de ambos é significativamente menor nos intervalos de até 5 minutos, comparada ao intervalo de 10 minutos.

Com o exposto acima, observamos que o parto gemelar envolve grandes riscos tanto obstétricos como pediátricos, sendo que, geralmente, atinge mais a integridade dos fetos.

Um bom pré-natal, diagnóstico precoce e uso das medidas profiláticas necessárias, poderiam ser de grande valia para tentar diminuir-se o risco maior que é a prematuridade e o baixo peso. Vigilância materna, tendo-se em vista as complicações como pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta e placenta prévia, também seria atitude a ser levada em conta nestes tipos de gestação múltipla.

Os exames de ecografia, seriam de fundamental importância para controle do retardo de crescimento intrauterino, bem como para determinação de apresentações fetais anômalas. Neste caso, uma prévia indicação de parto operatório, com as equipes obstétrica e pediátrica de sobreaviso, diminuiria grandemente as complicações do parto e conseqüências danosas para os fetos.

Valorizamos uma ampliação das indicações de parto cesareano numa gravidez múltipla, tendo-se em vista o já comprovado aumento de risco num parto vaginal na gestação gemelar, de alta gravidade principalmente para os fetos.

---

## S U M M A R Y

The frequency of twin parturition in this study was 1 per 117 singleton births and 1 per 10.300 for triplet.

The study of 208 promptuary about multiples deliveries between jan. 1975 / dec. 1981 at Maternidade Carmela Dutra in Florianópolis state of Santa Catarina, these twin childbirth, 44,8% occurred before, 37 weeks of gestation. The stumpy weight was demonstrated in 55% of the cases; a weight lower than 2500 gm and only 14,6% over 3.000 gm.

The birth mortality, the perinatal mortality among into hospital pregnancy period was 16,58%.

The dissimilarity weight was higher than 500 gm, between these newborns identical occurred in 20,8%.

In 27,8% of these newborns will can see Apgar at first minute smaller than 6.

In vaginal delivery has been seeing the higher risks of second twin; high of mortality Apgar smaller than first, as well as, more delivery complication and also perinatal. The intermitent between twins deliveries has powerful factor on newborn Apgar.

In this study the most common combination of fetal presentations was both cephalic (45,3%).

Birth trauma was the highest parturition complication and close neonatal complications was respiratory distress syndrome.

In 69,7% these newborns when the same delivery was analogous sex and 30,3% different sex.

## VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. NAEYE et al., Twins: causes of perinatal death in 12 United States Cities and one African city. Amer.J. Obstet Gynecol., 131 (3); 267-272, Jun. 1978.
02. KEITH et al., The Northwestern University Multihospital twin study/A description of 588 twin pregnancies and associated pregnancy loss, 1971 to 1975. Amer. J. Obstet. Gynecol., 138 (7/pt. 1); 781-9, Dec. 1980.
03. EVARD and GOLD, Cesarean section for delivery of the Second twin, Obstet. Gynecol., 57(5); 581-3, May 1981.
04. MEDEGRIS et al., Perinatal deaths in twin pregnancy. A five year analysis of statewide statistics in Missouri. Obstet Gynecol., 134-21, Jun. 15, 1979.
05. DEVOE and AZOR, Simultaneous nonstress fetal heart rate testing in twin pregnancy. Obstet Gynecol., 58 (4); 450-5, Oct. 1981.
06. HARTIKAINEN-SORRI et al., Inefficacy of 17 - Hydroxy progesterone caproate in the prevention of prematurity in twin pregnancy. Obstet Gynecol., 56 (6); 692-5, Dec. 1980.
07. CAMANO e col., A prematuridade e o abaixo peso no gemelar. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 3 (1); 47-50, Mar. 1980.
08. GILLIVRARY, I. M., Gemelaridade e outros partos múltiplos. Clin. Obstet. Ginecol. Amer. Norte, 581-98, dez. 1980.
09. GRANET, ph.; MAC ALEESE, L.; FREUND, M. La nort in utero d'um des foetus au cours des grossesses multiples. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 10(4); 359-64, 1981.

10. CHEVRANT-BRETON, O.; MENTION, J.E.; TOULOUSE, R Grossesses plurigemellaires/A propos de 37 observations. J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 9(2); 243-8, 1980.
11. GRALL, J. Y. et coll., La mortalité perinatale dans la grossesse gemellaire, étude de 576 observations. J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 9(4); 471-7, 1980.
12. AZUBUIKE, J. G., Multiple births in Igbo women. Brit. J. Obstet. Gynecol., 89(1); 77-9, jan. 1982.
13. KNIGHT, G. J. et all., Efficiency of human placental lactogen and alpha-fetoprotein measurement in twin pre detection. Amer. J. Obstet. Gynecol., 141(5); Nov. 14, 1981.
14. LEVENO, K. J. et al., Somar cephalometry in twin pregnancy: discordancy of the biparietal diameter after 28 weeks gestation. Amer. J. Obstet. Gynecol., 138(6); 615-9, Nov. 15 1980.
15. REZENDE, J., Gemelaridade. In: - Obstetricia, 3º edição, RJ Guanabara Koogan, 1974. Cap. 32, p. 655-74.
16. ALCANTARA; P.; MARCONDES, E., Idade Gestacional, diagnóstico da maturidade do recém-nascido. In.: - Pediatria Básica, 6º ed. Vol. 1, 4º parte, SP, Sarvier SA Edit. de Livros Médicos, 1978, pg. 447-54.



TCC  
UFSC  
TO  
0236

N.Cham. TCC UFSC TO 0236  
Autor: Medeiros, Irene Wi  
Título: Parto gemelar : avaliação de 20



972809824

Ac. 254370

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM